

CAMILLIAN HOSPITAL

423 Sukhumvit 55 Road, (Thonglo),
North Klongtun, Vadhana, Bangkok Thailand
Tel. 02-185-1444, (Auto) Fax. 02-185-1403

**โรงพยาบาลคามิลเลียน**

423 ถนนสุขุมวิท 55 (ซอยทองหล่อ)
คลองตันเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110
โทร. 02-185-1444 (อัตโนมัติ) โทรสาร. 02-185-1403

เล่มที่ 1245

ใบรับรองแพทย์

เลขที่ 62215

แพทย์ผู้ตรวจ นายแพทย์/แพทย์หญิง..... นพ. ภาวิต พานักดี

ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตเลขที่..... 35709

สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม โรงพยาบาลคามิลเลียน

หนังสือรับรองฉบับนี้ ขอรับรองว่า

ข้าพเจ้าแพทย์ผู้ตรวจผู้มีรายชื่อข้างต้นนี้ ได้ทำการตรวจร่างกายบุคคลต่อไปนี้

ชื่อ-นามสกุล..... นางสาว นิตติญา พิมพ์มีลาบ

บัตรประจำตัวเลขที่ (ระบุประเภทบัตรด้วย)..... AN 5106778

ณ สถานที่ตรวจ โรงพยาบาลคามิลเลียน เมื่อวันที่ 20 เดือน พ.ย พ.ศ. 57

จากการตรวจร่างกายของผู้มีชื่อข้างต้นแล้ว ขอให้ความเห็นดังต่อไปนี้

วินิจฉัยโรค (ควรบอกชื่อโรค บริเวณที่เป็นโรคและระยะของโรค).....

- ไม่พบโรค

- ตรวจพบโรค

การให้การรักษา.....

เห็นควรให้หยุดพักรักษาตัวเป็นเวลา..... วัน

นับตั้งแต่ วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ถึง วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ออกให้เมื่อวันที่ 20 เดือน พ.ย พ.ศ. 57

ขอรับรอง ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง

ลงชื่อแพทย์ผู้ตรวจ.....

ลายมือชื่อผู้รับการตรวจ.....

หมายเหตุ.....

